

지금 등록 신청자를 위한 통보와 추가 신청용지

(COUNTY STAMP)

통보 날짜: _____
 관리 번호: _____
 직원 이름: _____
 직원 번호: _____
 직원 전화 번호: _____
 근무 시간: _____
 통보 목적: _____

귀하의 지역 카운티 메디-칼 사무소는 _____를 위한 학교 급식 프로그램 신청서를 받았습니다. 그 신청서에서, 귀하는 귀하의 아이가 메디-칼 혜택을 신청할 자격이 있는지의 여부를 물었습니다. 귀하가 제공한 정보에 의하면:

- ☐ **귀하의 아이는 일시적으로 메디-칼 혜택을 받을수 있는것이 밝혀졌습니다.** 귀하의 아이가 이미 캘리포니아 혜택 증명 카드(BICs)를 가지고 있지않은 경우, 곧 우편으로 BIC를 받게될것입니다. 귀하의 아이는 즉시로 BIC를 이용해 의료 서비스를 받을수 있습니다. 이 임시 자격은 메디-칼의 결정 과정이 완료될때까지 계속 유지될것입니다. 귀하의 아이가 계속해서 메디-칼 혜택을 받을수 있는지의 여부를 우리가 결정하기 위해서, 귀하는 이 서식을 작성하고 싸인해서 제출하시는것이 필요합니다.
- ☐ **귀하의 아이는 일시적으로 메디-칼 혜택을 받을수 없는것이 밝혀졌습니다.** 귀하의 아이는 일단 모든 정보가 검토된 후에 메디-칼 혜택을 받을수 있을지도 모릅니다. 귀하의 아이가 메디-칼 혜택을 받을수 있는지의 여부를 우리가 결정하기 위해서, 귀하는 이 서식을 작성하고 싸인해서 제출하시는것이 필요합니다.

중요 사항: 아래의 질문에 답하시고 필요한 증거 서류를 첨부하십시오. 이 서식을 우편료가 선불된 동봉한 봉투에 넣어 _____까지 보내주십시오. 그렇지 않으면, 귀하의 아이를 위한 메디-칼 혜택 자격이 중단되거나 거절될지도 모릅니다.

1. 귀하의 아이가 사회 보장 번호 (social security number)를 가지고 있으면, 여기에 적으십시오. _____ - _____ - _____
 (중요 사항: 귀하의 아이가 사회 보장 번호를 가지고 있지 않으면, 지금 사회 보장 번호를 신청하시고 60 일 이내에 저희에게 보내 주셔도 됩니다. 만일 귀하의 아이가 사회 보장 번호를 받을수 없는 경우, 귀하의 아이는 긴급 상태에 관련된 메디-칼 혜택을 받을수 있을지도 모릅니다.)
 2. 귀하의 아이는 미국의 시민 또는 미국인입니까? ☐ 예 ☐ 아니오
그렇지 않은경우, 귀하의 아이 신분이 이민법상으로 어긋남이 없으면 여기에 체크 하십시오 _____ 그리고 귀하의 아이가 미국에 입국한 날짜를 적으십시오 _____.
 (그 아이의 이민법상의 신분을 위한 증거서류 또는 분실된 증거서류를 갱신하기위해 이민국 (INS)에 신청한 사실을 보여주는 영수증을 첨부하십시오. 지금 가지고 있지 않으시면, 증거서류를 위의 주소로 30 일 이내에 보내실수 있습니다.)
 3. 메디-칼이 지난 3 개월간에 귀하의 아이를 위해 쓰여진 의료 비용을 부담하기를 원하십니까?..... ☐ 예 ☐ 아니오
 4. 그 아이는 다른 건강, 치과, 또는 시력 보험등을 가지고 있나요?..... ☐ 예 ☐ 아니오
그렇다면, 동봉한 “건강 보험 질문 (Health Insurance Questionnaire)” 서식 (DHS 6155)을 작성 하십시오.
 (중요 사항: 귀하의 아이는 다른 건강 보험이 있는 경우에도 메디-칼 혜택을 받을 자격이 있습니다.)
 5. 귀하의 가족중 다른 누가 메디-칼 혜택을 신청하고 싶은 사람이 있습니까?..... ☐ 예 ☐ 아니오
- ☐ 유아 교육 서비스, 자녀 보육, 건강 보험료, 또는 자영업을 위한 비용 (self-employed expenses)등을 위한 지출이 있을 경우, 최근의 지불/비용의 복사 서류를 보내 주십시오. 이러한 비용의 증명 서류는 우리가 메디-칼 신청 결정에 반영하는 수입액을 감소하는데 사용할수 있습니다. 근로 소득 (income from work), 근로자 재해 보상 (Workers Compensation) 또는 주 정부 장애자 혜택 (State Disability benefits)등으로부터의 복사 서류도 부차적으로 수입액 공제를 가능케 해줄지 모릅니다.
- ☐ 기타: _____

질문이 있으시거나 정보가 좀더 필요하시면, 이 통보의 상단 우측에 명시된 메디 - 칼 직원에게 연락 하십시오.

선언과 서명: 이 신청서에 기입한 답변, 선언, 그리고 제출하는 증거 서류가 위증일 경우 캘리포니아주 법에의한 처벌 (penalty of perjury) 을 감수하며 내가 알고 믿는한 사실이고 틀림이 없는것 (true and correct) 을 선언 합니다. “메디 - 칼 신청자를 위한 중요한 정보” 라는 제목의 첨부 서류를 받았으며, 읽었고, 또 이해한다는것을 선언 합니다.

부모/후견인 (Signature of parent/guardian) X _____ 날짜 (Date) _____

캘리포니아 규정집 (California Code of Regulations), 22 권 (Title), 50175 조 (Section) 에 의해, 만일 귀하가 요청된 정보와 / 또는 증거 서류를 제출하지 못하거나 또는 귀하가 보낸 정보와 / 또는 증거 서류가 귀하의 신청 자격을 입증하지 못할경우, 귀하의 메디 - 칼을 위한 신청은 거절되거나 또는 자격이 중단될것입니다.